

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР  
ВТОРОЙ МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМЕНИ Н. И. ПИРОГОВА

1 86-5  
125-7

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ  
ОБРАЗА ЖИЗНИ  
И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ  
НАСЕЛЕНИЯ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

*Под редакцией член-корр. АМН СССР  
профессора Ю. П. Лисицына*

Москва 1985

МСКБ (IX пересмотр 1975 г.) — болезни органов дыхания (43,6%), VI класс — заболевания нервной системы и органов чувств (12,7%) и VII класс — сердечно-сосудистые заболевания (12,2%). Выявлены стойкие различия в структуре заболеваемости по отдельным возрастно-половым группам. Учитывая, что значительная доля среди всех заболеваний принадлежит так называемым «простудным заболеваниям», уровень которых колеблется в зависимости от времени года, установлено, что наиболее высокие показатели характерны для зимнего и весеннего периодов, в осенние месяцы отмечено снижение случаев и дней утраты трудоспособности, что может быть объяснено особенностью климата г. Астрахани, где наиболее благоприятные метеорологические условия характерны для осени. Значительную долю среди причин нетрудоспособности занимает уход за больным ребенком (32,3% от всех случаев и 18,5% от всех дней утраты трудоспособности). В подавляющем числе случаев причиной являлись острые респираторные заболевания у детей ясельного и дошкольного возрастов, посещающих детские дошкольные учреждения.

Таким образом, изучение некоторых социально-гигиенических аспектов образа жизни и заболеваемости позволяет выявить ряд закономерностей, которые могут служить основой для разработки мероприятий по совершенствованию социального планирования предприятия.

### РАЗДЕЛ III

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛИЗМА В СВЯЗИ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ

### МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ГРУППЫ РИСКА И ВЫЯВЛЕНИЮ ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

*Н. Я. Копыт, Москва*

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний, занимающих ведущее место в структуре заболеваемости и смертности населения, особенно в трудоспособном возрасте, связана не только и не столько с их своевременным выявлением, сколько с проведением мероприятий, направленных на снижение уровня факторов риска возникновения этих заболеваний. При определении основных путей профилактики заболеваний следует учитывать, что некоторые факторы риска (например, недостаточная физическая активность, нерациональное питание, курение и др.)

являются общими для ряда хронических заболеваний. К числу таких важнейших общих факторов, связанных с образом жизни населения, можно отнести потребление, а точнее злоупотребление алкоголем.

В Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дополнительных мерах по улучшению охраны здоровья населения» (1982) подчеркивается необходимость активизации работы по гигиеническому воспитанию населения, усилению мер общественного воздействия на лиц, злоупотребляющих алкоголем, и по борьбе с другими вредными привычками, снижающими работоспособность и ухудшающими состояние здоровья населения.

Значение алкоголя как фактора риска усиливается в связи с возросшим уровнем его потребления. Следует учитывать, что риск вредного воздействия алкоголя на организм связан с интенсивностью воздействия и степенью восприимчивости (уязвимости). Существует физиологический аспект воздействия алкоголя, связанный с индивидуальным потреблением алкоголя, и социальный — связанный с доступностью спиртных напитков, о чем говорит их распространенность, характер потребления, отношение людей к потреблению алкогольных напитков. Физиологическая восприимчивость зависит от пола и определяется личностными особенностями людей, их убеждениями, самооценкой или отношением к алкоголю. Социальная уязвимость связана с различными видами нормального поведения, а также с различием жизненного опыта. Одни и те же поступки в пьяном виде встречают разную степень неодобрения и отрицательной реакции со стороны общества в зависимости от пола, возраста и социального положения индивидуума. Например, молодые люди и женщины в среднем потребляют меньше алкоголя, чем взрослые, но физиологически они более восприимчивы к нему.

Все эти аспекты необходимо учитывать во время диспансеризации населения для определения групп повышенного риска в отношении медико-социальных последствий, связанных со злоупотреблением алкоголем. В частности, при определении групп повышенного риска следует учитывать пол, возраст, профессиональные группы и другие факторы. Остановимся на некоторых из этих факторов.

Пол. Принято считать, что риск возникновения проблем, связанных с потреблением алкоголя, среди мужчин выше, чем среди женщин. Однако многие исследователи отмечают рост заболеваемости алкоголизмом среди женщин. Если в начале XX века в экономически развитых странах на 10 больных алкоголизмом приходилась одна женщина, страдающая алкоголизмом, то в настоящее время это соотношение стало 6:1. Алкоголизм у женщин чаще, чем у мужчин, общество воспринимает не как болезнь, а как по-



зорную привычку, поэтому женщины чаще скрывают свое заболевание. Современные данные свидетельствуют о том, что потребление алкоголя во время беременности оказывает неблагоприятное влияние на плод, женщины более уязвимы в отношении алкогольного цирроза печени, чем мужчины. Все это говорит о необходимости отнесения женщин фертильного возраста к группе высокого риска.

**Возраст.** Доказано, чем моложе организм, тем губительнее на него действие алкоголя. Это обусловлено анатомо-физиологическими и социально-психологическими особенностями детского и подростково-юношеского возраста, повышением порога психосоциальной адаптации молодых людей к различным влияниям социального и биологического порядка, в том числе и к приобщению к спиртным напиткам. Кроме того, раннее приобщение к алкоголю является одним из факторов, способствующих злоупотреблению алкоголем и развития алкоголизма в более старших возрастных группах.

По данным И. Г. Уракова и Л. Д. Мирошниченко (1982), почти у 60% мужчин, госпитализированных в течение 1980 г. во все наркологические и психиатрические стационары г. Москвы по поводу хронического алкоголизма, начало заболевания приходится на молодой возраст до 30 лет, в том числе: до 20 лет — 9%, 20—24 г. — 25%, 25—29 — 23,1%. На диспансерный же учет в этом возрасте взято всего 26,6% лиц этой группы, в том числе: до 20 лет — 1,4%, 20—24 — 7,6%, 25—29 — 17,6%. Средняя продолжительность интервала от начала заболевания до взятия на диспансерный учет в возрасте до 30 лет составляет 7,5 лет. Основная масса мужчин, взятых на диспансерный учет по поводу хронического алкоголизма, приходится на средние возрастные группы (от 30 до 50 лет) — 60,9%, в том числе: в возрасте 30—34 — 19,9%, 35—39 — 16,3%, 40—44 — 15,9%, 45—49 — 8,8%. Величина интервала от начала заболевания до взятия на диспансерный учет с возрастом сокращается и составляет в возрасте 45 лет — 4,5 года, а в возрасте 50 лет — 3 года.

Результаты многих исследований свидетельствуют также о том, что среди лиц среднего возраста риск возникновения хронических заболеваний, связанных с потреблением алкоголя, более высок, чем среди людей других возрастных групп.

Таким образом, имеется достаточно оснований, чтобы считать подростков, молодых людей и лиц наиболее трудоспособного возраста группами высокого риска.

**Профессиональные группы.** Неблагоприятные психосоциальные факторы, связанные с условиями труда (монотонность труда, стрессорные ситуации и др.) могут способствовать злоупотреблению алкоголем. Высокому риску злоупотребления алкоголем под-

вергаются лица, занятые определенными видами труда, например, лица, связанные с производством и продажей спиртных напитков, моряки и др.

Следует также учитывать ситуации высокого риска на производстве, транспорте. Доказано, что уже умеренные дозы алкоголя сказываются на быстрых рефлекторных действиях и скорости принятия решений в ситуациях, чреватых опасностью несчастного случая (например, управление рабочими механизмами, работа на высоте). Установлено, что примерно 10—30% всех несчастных случаев на производстве предшествует прием алкоголя. Во многих производственных ситуациях рабочие подвергаются воздействию химических или физических вредностей, которые оказывают неблагоприятное влияние на нервную систему и другие органы. Так, например, считают, что комбинированные воздействия таких гепатотоксических химических факторов, как четыреххлористый углерод и алкоголь, повышают роль развития поражений печени. Точно так же воздействия ряда нейротоксических химических средств или физических вредностей (шум, локальная вибрация) в комбинации с алкоголем увеличивают риск поражения нервной системы.

Алкоголь играет большую роль в дорожно-транспортных происшествиях. По данным зарубежных публикаций, почти половина дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом среди взрослых происходит с участием водителей, в организме которых присутствуют измеримые количества алкоголя. Особенно высокому риску вовлечения в дорожно-транспортные происшествия, связанные с потреблением алкоголя, подвергаются неопытные водители автотранспорта, систематически употребляющие алкогольные напитки.

Таким образом, к группам с повышенной физиологической и социальной уязвимостью к алкоголю следует относить подростков, молодежь, беременных женщин, водителей транспорта и др. К группам повышенного риска следует также относить семьи, где кто-то из членов злоупотребляет алкоголем. Выделение конкретных групп повышенного риска позволит проводить с ними дифференцированную профилактическую работу.

Важным аспектом борьбы с алкоголизмом является своевременное выявление лиц, страдающих алкоголизмом на ранних стадиях заболевания.

Следует отметить, что в последние годы, благодаря созданию в стране самостоятельной наркологической службы, заметно улучшилось выявление и учет лиц, страдающих алкоголизмом. Среди больных алкоголизмом, состоящих на наркологическом учете, значительно увеличился удельный вес лиц с начальной стадией заболевания. Вместе с тем, по-прежнему, как отмечают многие авторы, существенным недостатком в организации лечения

является позднее обращение лиц, страдающих алкоголизмом. Значительная часть больных алкоголизмом берется на наркологический учет и привлекается к лечению после совершения ими тех или иных антисоциальных поступков. Вместе с тем, значительная часть лиц, страдающих алкоголизмом на ранних стадиях заболевания, не состоит на учете. Вне поля зрения остаются пьяницы или «преалкоголики», которые представляют «угрожаемый» контингент в отношении развития у них алкогольной болезни. По нашим данным, примерно половина доставленных в медицинский вытрезвитель мужчин имеет признаки алкоголизма, на учете же наркологического диспансера состоит лишь незначительная часть из них. Анализ контингента впервые взятых на учет алкоголиков показывает, что 70% из них ранее доставлялись в медвытрезвитель или обслуживались станцией скорой медицинской помощи в состоянии алкогольного опьянения. Это указывает на необходимость обязательного обследования указанных контингентов у врача-нарколога на предмет выявления у них алкогольной болезни на ранних стадиях заболевания.

Кроме контингента медвытрезвителей и лиц, обслуженных станцией скорой медицинской помощи (травмпунктом), в состоянии алкогольного опьянения целесообразно обследовать на предмет выявления заболевания алкоголизмом больных, страдающих заболеваниями органов пищеварения (панкреатит, цирроз печени, гастрит), кровообращения (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и др.), психически больных, лиц, совершивших суицидальные попытки. Именно эти заболевания, прежде всего, могут быть связаны, как отмечают зарубежные и отечественные ученые, со злоупотреблением алкоголем.

Говоря об источниках и путях выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, следует отметить, что большая роль в этом плане отводится учреждениям общей медицинской сети (поликлиникам, медико-санитарным частям, станциям скорой медицинской помощи, травмпунктам). Особое значение в организации борьбы с алкоголизмом приобретает деятельность участковых и цеховых терапевтов, которые должны более активно выявлять лиц, злоупотребляющих алкоголем, на амбулаторном приеме, при посещении больных на дому, при обследовании рабочих и диспансерном наблюдении за больными. Учитывая, что возникновение и развитие алкоголизма часто бывает семейным, особое внимание в условиях участка следует обращать на семью как основной источник информации о лицах, злоупотребляющих спиртными напитками. Систематические выпивки, частые конфликты в семье со злоупотреблением алкоголем, прогулы на работе без уважительных причин должны быть основанием для взятия на учет лиц этой семьи, как злоупотребляющих алкоголем, с последующим

медицинским освидетельствованием их на предмет установления заболевания алкоголизмом. Совместно с представителями милиции и общественности участковый врач должен принимать активное участие в осуществлении медико-социальных мер воздействия в условиях конкретного микросоциального окружения по месту жительства злоупотребляющих алкоголем.

## К МЕТОДИКЕ ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ

(на примере употребления алкоголя)

*В. Г. Запороженко, Москва*

Термины «употребления алкоголя», «потребление спиртных напитков» и т. п. используются многими авторами, разрабатывающими различные аспекты образа жизни. Не вызывает сомнения и тот факт, что потребление спиртных напитков населением представляет из себя социально значимое явление. Значимость его достаточно и поэтому большинство современных систем основных показателей образа жизни социалистического общества обязательно содержат в своем составе такой показатель как потребление спиртных напитков<sup>1</sup>.

Данная работа посвящена этому достаточно важному показателю образа жизни. В наших предшествующих работах это явление объективной действительности было представлено термином «употребление алкоголя». Этому термину мы будем придерживаться и в настоящей статье.

В научной литературе, посвященной построению системы показателей образа жизни, разработано довольно много полезных рекомендаций, некоторыми из которых мы воспользуемся, однако все исследователи без исключения отмечают, что пока нет единого подхода к созданию системы показателей. И основная проблема при этом — «как определить набор социальных показателей, необходимых и достаточных для адекватного описания образа жизни...» (Г. С. Батыгин, 1977). В подавляющем большинстве исследователи решают эту задачу методом экспертных оценок. Другими словами, система показателей объективного процесса строится на основе субъективных оценок компетентных лиц-экспертов. В целом на данном этапе развития социалистического общества такая система показателей может быть признана удовлетворительной, поскольку категория образа жизни находится в стадии изучения и сущность ее недостаточно разработана. Однако, если система

<sup>1</sup> См., например, «Социальные показатели образа жизни советского общества», М., «Наука», 1980.



## К МЕТОДИКЕ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

А. В. Басов; Ярославль

Сегодня проблема злоупотребления алкоголем продолжает оставаться острой, но изучение ее из-за исключительной сложности явления идет очень медленно. Мы имеем уже достаточно работ по оценке вреда, наносимого злоупотреблением алкоголем. Эти работы указывают на необходимость глубокого и эффективного исследования проблемы. Значительно меньше работ посвящено изучению путей формирования потребления алкоголя и злоупотребления им. Еще меньше исследований посвящено оценке эффективности тех или иных мероприятий по борьбе с этим негативным явлением. Причина тому — недостаток в эффективных методиках исследования. Мы считали необходимым внести уточнения в некоторые используемые методики эпидемиологических исследований злоупотребления алкоголем. Чаще всего для получения первичной информации используются социалистические методики — анкетирование и интервью и в том числе анонимные.

Существующие социологические методики должны использоваться при изучении распространенности злоупотребления алкоголем достаточно осторожно. Они не учитывают поведенческих особенностей злоупотребляющих алкоголем. В социологической литературе подчеркивается, что анкетный метод сам по себе дает относительно низкое качество материала (Пенто Р., Гравиц М., 1972; Щепанский Я. Ю., 1969, «Социология в СССР» М., 1966 и др. источники). При пробном исследовании мы пришли к такому же выводу и при этом отметили, что специфика вопросов вызывала негативную реакцию именно у тех лиц, о которых было известно, что они злоупотребляют алкоголем. Т. е. мы не получили качественной информации именно от тех людей, ради которых и проводились исследования. Анкетный метод может быть использован только тогда, когда имеет место достаточно высокий уровень заинтересованности респондента в правильности даваемых ответов. У злоупотребляющих незаинтересованность в правильных ответах, сводящая результаты к сомнительным выводам, социально обусловлена (Энтин Г. М., 1979). Общество относится снисходительно к потреблению алкоголя и занимает резкую негативную позицию в отношении злоупотребляющих из-за нарушения у них социальных связей. Поэтому попытки прямого выявления злоупотребления в абсолютном большинстве несостоятельны. В частности, Plant M. A., Miller T. (1977), оценивая преимущества открытых и закрытых анкет при изучении злоупотребления алкоголем, отметили неудовлетворенность результатов вообще, полученных анкетным мето-

дом. Лживость злоупотребляющих алкоголем, отмеченная многими авторами (Энтин Г. М., 1979, Стрельчук И. В., 1973 и др.), сводит на нет усилия, направленные на прямую диагностику злоупотребления и его уровня при эпидемиологических исследованиях. Это проявляется у злоупотребляющих в стремлении представить себя в более выгодном свете даже при заполнении анонимной анкеты.

Более качественным методом получения информации является интервью. Но, как правильно отметили еще в 1973 г. В. Г. Запороженко и Е. С. Скворцова, необходимо вуалирование цели исследования и переход на нестандартизованное интервью, с соблюдением индивидуальности подхода при постановке диагноза «алкоголизм». Но и здесь есть свои сложности: необходимость высокого темпа работы, трудность вуалирования цели. В нашем исследовании, являвшемся продолжением поиска наиболее эффективных методик, мы применили нестандартизованное интервью в ходе медицинского профилактического осмотра с тщательным вуалированием цели исследования. Установлению степени злоупотребления алкоголем во многом способствует анализ заболеваний, которые могут сами по себе косвенно указывать на злоупотребление алкоголем. У этого подхода есть преимущество — возможность работать без спешки, при появлении негативной реакции на интересующие нас вопросы имеется возможность снизить их «интенсивность» и, в крайнем случае, перенести изучение отдельных вопросов на следующий визит респондента, вызванного повторно для уточнения динамики отдельных соматических и неврологических симптомов. Абсолютным условием использования метода является самый серьезный подход к проведению самого медицинского осмотра. Качество информации зависит от того, насколько обследуемый поверит в маску исследования.

Из-за часто неудовлетворительных результатов и трудностей в последние годы появилось желание использовать объективные методы оценки злоупотребления алкоголем. Одним из наиболее перспективных является метод ферментативной диагностики (Пятницкая И. Н. и др., 1984, Berhad M. W. et al, 1984, Nitsche W., 1982 и др.) Использование ферментативных методов открывает новую эру в исследовании потребления алкоголя и злоупотребления им. При проведении всеобщей диспансеризации, когда общий анализ крови будет браться ежегодно у всего населения, можно выявить и оценить в динамике потребление и злоупотребление алкоголем, а также распространенность среди населения. Это реальный путь диспансеризации по наркологии. Но требуется, во-первых, разработка экспресс-микрометодов и, во-вторых, разработка законодательной основы, т. к. необходима дальнейшая работа с выделенным контингентом. Если наработка по экспресс-микрометодам есть, то правовая основа вопроса пока не ясна.

Большое будущее принадлежит экономико-математическому моделированию при изучении потребления алкоголя населением, но таких работ в доступной нам литературе не обнаружено.

Освоение новых методов исследования находится пока в перспективе и не будет введено в широкую практику в ближайшие годы, поэтому мы считаем наиболее реальным путем — выявление группы злоупотребляющих, используя хорошо себя зарекомендовавшие медико-социальные критерии злоупотребления алкоголем, разработанные кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения 2-го МОЛГМИ (Н. Я. Копыт, В. Г. Запорожченко). Дальнейшая работа с группой злоупотребляющих для определения уровня злоупотребления требует уже клинического подхода.

Таким образом, выбор методики исследования определяется не только целью и задачами исследования, но и возможностями самого исследователя, в которых немаловажное значение имеет коммуникабельность, владение различными методиками медицинского исследования и многое другое.

#### **АЛКОГОЛЬ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕННОЙ СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ**

*И. М. Вирганская, Москва*

Показатели смертности относятся к числу важнейших критериев общественного здоровья. Вместе с тем, для них характерна определенная территориальная дифференциация, различия по социальным и профессиональным группам, а также по полу. Это обусловлено воздействием комплекса различных специфических факторов, среди которых важнейшими являются условия и образ жизни.

Различия в уровнях смертности мужчин и женщин волнуют исследователей разных стран. Попытка объяснить различия в продолжительности жизни только влиянием биологических и генетических факторов признана несостоятельной. Большинство ученых считает различия в интенсивности смерти мужчин и женщин обусловленными влиянием социальных факторов, прежде всего менее здоровых условий жизни, среди которых выделяются факторы профессионального характера, высокий уровень технизации и автомобилизации и др. (Л. А. Брушлинская, П. И. Куркин, 1930; Ю. А. Добровольский, 1968; Ю. П. Лисицын, 1973, 1982; М. С. Бедный, 1979, 1980; В. И. Метелица, 1977; Э. Китагава, 1977 и др.). Многие исследователи указывают, что мужчины в значительно большей степени подвержены заболеваниям вследствие курения и злоупотребления алкоголем (В. К. Овчаров, В. А. Быстрова, 1981;

А. М. Мерков, 1965; Б. Ц. Урланис, 1963; Н. Я. Копыт, 1982; Д. М. Аронов, 1982; Б. Л. Элконин, 1982; Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт, 1983 и др.).

Отрицательное влияние злоупотребления алкоголем на здоровье, по мнению исследователей, находит свое выражение в повышенных, по сравнению с остальным населением, уровнях заболеваемости и смертности лиц, страдающих алкоголизмом. Вместе с тем, в работах, посвященных проблеме алкоголизма, не изучался вопрос о влиянии злоупотребления алкоголем и причин смерти, связанных с алкогольной интоксикацией, на продолжительность жизни популяции в целом.

Нами были изучены вопросы насильственной и внезапной смерти мужского населения. Необходимость такого анализа обусловлена тем, что случаи внезапной и насильственной смерти относятся к категории преждевременных смертельных исходов, основная масса которых приходится на лиц мужского пола трудоспособного возраста. Кроме того, изучение проблем внезапной и насильственной смерти с социально-гигиенических позиций позволяет выявить резервы снижения смертности мужчин в рабочем возрасте.

Оценка влияния алкогольной интоксикации на изменение среднего возраста смерти от насильственных причин и в результате внезапной смерти осуществлена на основе таблиц смертности и средней продолжительности жизни, дифференцированных по причинам смерти (Шабуров К. Ю., 1977; Гревилл Т., 1948). Средний возраст смерти, рассчитанный таким способом, не зависит от возрастного состава изучаемой популяции, а определяется лишь причиной смерти в том или ином возрасте.

Одним из главных факторов увеличения средней продолжительности жизни является повышение среднего возраста смерти от каждой группы причин. Понятно, что чем выше возраст смерти от той или иной причины, тем в более старом возрасте умирает население, тем выше уровень средней продолжительности жизни. Наши расчеты показали, что средний возраст мужчин от причин, обусловленных воздействием алкогольной интоксикации, во всех случаях был значительно ниже среднего возраста смерти мужчин от тех же причин, когда смертельный исход не сопровождался воздействием алкоголя (табл. 1). Основная масса случаев насильственной смерти в состоянии алкогольного опьянения приходится на возраст 43—45 лет. При смертельных исходах, не связанных с алкогольной интоксикацией, средний возраст умерших от травм и отравлений приходится на возрастную группу 50—56 лет.

Средний возраст внезапной смерти в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности при наличии алкогольного опьянения составил 54,5, а при отсутствии алкогольной интоксикации он находится за пределами трудоспособного возраста (62,7).



Средний возраст мужчин, умерших от основных видов травм и отравлений и в результате внезапной смерти от острой сердечно-сосудистой недостаточности, в зависимости от наличия алкогольных интоксикации

| Причины смерти   | Средний возраст смерти лет:        |                                      | Разница в годах |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
|  | при наличии алкогольного опьянения | без признаков алкогольного опьянения |                 |
| Все травмы и отравления из них при:                                      | 44,5                               | 49,8                                 | 5,3             |
| — автотранспортных несчастных случаев                                    | 44,3                               | 56,1                                 | 11,8            |
| — случайных падений  | 45,1                               | 50,7                                 | 5,6             |
| — отравлении алкоголем   | 45,8                               | —                                    | —               |
| Внезапная смерть в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности | 54,5                               | 62,7                                 | 8,2             |

Таким образом, под воздействием алкоголя летальные исходы в результате насильственной и внезапной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний развиваются в среднем на 5—8 лет раньше, снижая тем самым средний возраст смерти от этих причин.

Для сравнения следует указать, что средний возраст мужчин, умерших от болезней системы кровообращения, составляет 71,6 года, новообразований — 66,5 лет, болезней органов дыхания — 62,9 года, болезней органов пищеварения — 62,1 года.

С целью установления влияния алкогольной интоксикации на показатель средней продолжительности предстоящей жизни мужского населения построена таблица смертности и средней продолжительности жизни мужчин при условии ликвидации смерти от причин, связанных с алкоголем. К этим причинам были отнесены: алкогольные циррозы, хронический алкоголизм, алкогольные психозы, отравления алкоголем и его суррогатами, все травмы и отравления, а также самоубийства в состоянии алкогольного опьянения, случаи внезапной смерти мужчин в результате острой коронарной недостаточности, развившейся на фоне алкогольного опьянения. Методическая возможность всех этих расчетов в нашем исследовании обеспечивалась сплошным характером наблюдения.

Устранение причин смерти мужского населения, при которых алкоголь выступал в качестве этиологического или провоцирующего смертельный исход фактора, и построение на этой основе гипотетической таблицы смертности, показало, что средняя продолжительность жизни мужского населения при этом увеличилась бы почти на 2 года, продолжительность жизни в трудоспособном возрасте возросла на 1 год, а численность мужчин, доживающих до

пенсионного возраста, увеличилась на 7%. Нужно отметить, что исключение причин смерти, обусловленных алкогольной интоксикацией, дало бы больший прирост продолжительности жизни в трудоспособном возрасте, чем полная ликвидация смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и новообразований: так, при элиминировании болезней системы кровообращения показатель увеличился на 0,9 года, а новообразований — на 0,6 года. Таким образом, именно этим причинам смерти принадлежит решающая роль в сокращении периода трудоспособности, что наносит огромный экономический ущерб обществу.

Смертность от причин, обусловленных алкогольной интоксикацией, и сокращение вследствие этого продолжительности жизни населения, является самым тяжелым социальным последствием алкоголизма. Осуществление эффективных и решительных государственно-административных и общественных мероприятий по борьбе с пьянством и алкоголизмом может в значительной степени решить проблему преждевременной смерти мужчин трудоспособного возраста и повышения продолжительности жизни.

## АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ТРАВМ И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

А. В. Гаплыков, Москва

На современном этапе, характеризующемся развитием научно-технической революции, ростом темпа жизни, травматизм как социально-гигиеническая проблема приобретает важное государственное значение. Актуальность обусловлена тем, что в настоящее время в структуре патологии экономически развитых стран мира травмы, отравления и несчастные случаи занимают 3 место среди всех причин смерти населения, а по данным ряда авторов, в наиболее продуктивном трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет) — первое (А. Т. Воробьева с соавт., 1980; С. М. Журавлев, 1981; М. С. Бедный, 1984 и др.). По сведениям В. А. Полякова (1980), «во всех хирургических отделениях около 40% больных лечатся от травм, в поликлиниках около 45% обратившихся составляют пострадавшие от тех или иных повреждений», а среди всех причин, приводящих к первичной инвалидности мужчин в возрасте до 50 лет, травмы занимают первое место (Г. А. Сидоров, 1980).

Ведущим социально-гигиеническим фактором, значительно влияющим на частоту травм на производстве, в быту, на улицах, автодорогах является алкогольное опьянение. Состояние опьянения «служит причиной от трети до половины всех случаев дорож-

но-транспортных происшествий со смертельным исходом в промышленно развитых странах и растущего числа подобных случаев в развивающихся странах», «по его вине происходит около 3 из каждых 10 производственных травм» (Д. Мэдли, 1981). В РСФСР 58% всех несчастных случаев со смертельным исходом происходит с лицами, находившимися в состоянии алкогольного опьянения (Ю. М. Ткачевский, 1972). По исследованиям М. Я. Подлужной и С. П. Шиловой (1982), по материалам Западного Урала, удельный вес числа погибших от травм в состоянии алкогольного опьянения составляет 74,1%. По данным И. В. Полякова с соавт. (1984), 85,9%, погибших от травм в результате дорожно-транспортных происшествий, находилось в состоянии алкогольного опьянения, из них 84,9% в тяжелой степени, а среди погибших от несчастных случаев, отравлений и травм в быту 85% были в нетрезвом состоянии. А. Н. Бранской с соавт. (1984) установлено, что в 24,9% всех случаев травмы получены в состоянии алкогольного опьянения, причем мужчин — в 40,5%, женщин — в 10,6% случаев. Исследования Т. Ф. Нурулла-Ходжаева (1980) показали, что 13,6% травм на производстве произошли с лицами в состоянии алкогольного опьянения. В сельскохозяйственном травматизме 10% травм получены пострадавшими в состоянии алкогольного опьянения (П. С. Драчук с соавт., 1984). В структуре непродовольственного травматизма, по данным И. К. Сосина с соавт. (1983), от 30 до 70% составили пострадавшие в состоянии алкогольного опьянения.

В результате дорожно-транспортных происшествий 56,79% лиц получили травму в состоянии алкогольного опьянения (Т. Ф. Нурулла-Ходжаев, 1981). Доля лиц с черепно-мозговой травмой, полученной в нетрезвом состоянии, составляет 44,8—62,3% от общего количества пострадавших с черепно-мозговыми повреждениями (А. П. Ромоданов с соавт., 1982). Множественные и сочетанные повреждения получили 52% травматологических больных, доставленных в состоянии алкогольного опьянения (В. Н. Левенец с соавт., 1982). Большинство травм (от 60 до 63,7%), полученных в состоянии опьянения, приходится на самую работоспособную, физически активную возрастную группу 20—40 лет (Б. Л. Жуков, 1977; Г. С. Юмашев с соавт., 1979; Е. В. Виноградов с соавт., 1982).

Представленные факты убедительно свидетельствуют об актуальности проблемы травматизма, связанного с алкогольным опьянением. Однако до настоящего времени в проведенных исследованиях этот вопрос не получил еще достаточно последовательной, систематической и глубокой разработки. В основном наши знания базируются на отрывочных данных клиницистов и единичных работах социал-гигиенистов, в которых травматизм, связан-

ный с алкогольным опьянением, проходит в общей массе травматических повреждений.

Вместе с тем, в советской научной литературе имеется ряд работ, посвященных непосредственно травматизму у опьяненных. По нашему мнению, при всем положительном значении накопленного описательно-статистического материала явно недостаточно, поскольку имеющиеся сведения касаются медицинских последствий этого социального явления на здоровье масс, кроме того не отражают истинный уровень распространенности среди населения и не дают принципиально новых выводов в отношении профилактики для практического использования, предусматривающих последовательное искоренение травматизма, связанного с алкогольным опьянением, в процессе социального развития нашего общества.

Не вызывает сомнений, что борьба с травматизмом, связанным с алкогольным опьянением, наиболее плодотворна на почве профилактики пьянства. Однако не выяснив истинной роли состояния алкогольного опьянения как причинного и предрасполагающего фактора в происхождении травматизма, предпринимаемые профилактические меры будут в лучшем случае паллиативными.

Известно, что алкогольное опьянение человека не является непосредственной причиной травмы, а лишь косвенно, как входящий момент, способствует при определенных условиях возникновению и реализации травматической ситуации. Сама же травма вызывается действием других патогенных факторов.

На наш взгляд, изучение данной проблемы связано с трудностями методического характера, и в первую очередь, с недостаточной разработанностью теоретических аспектов проблемы. В эпидемиологической необходимости решения данного вопроса убеждает существующая неупорядоченность терминологии и отсутствие социально-гигиенической классификации травматизма, связанного с алкогольным опьянением, позволяющие при изучении травматизма ясно различать, какие травмы следует относить к травматизму, связанному с алкогольным опьянением, а какие нет.

Как показало изучение доступной нам литературы, в настоящее время не существует общепринятой терминологии и четкого описания травм, связанных с алкогольным опьянением. В публикациях широко используются, ставшие уже традиционными, следующие термины: «травма в связи с алкогольным опьянением», «травма, связанная с алкогольным опьянением», «травма в состоянии алкогольного опьянения», «травма вследствие алкогольного опьянения», «алкогольная травма»... Несмотря на то, что ни один из них не расшифровывается, как показывает практика исследований, основное внимание в них фиксируется на пострадавшем, находящемся в момент травмы в состоянии алкогольного опьянения. Ре-



троспективный анализ всех травм показывает, что в результате действий пьяного могут травмироваться и трезвые. Так, по данным И. В. Решетникова (1973), 13,4% трезвых травмированных получили травмы от лиц в состоянии опьянения. И. Ф. Присакарь (1981) установил, что 2,1% травм у школьников и 1,6% травм у дошкольников были нанесены взрослыми, находящимися в нетрезвом состоянии. Кроме этого, лица в состоянии алкогольного опьянения могут получать травмы, как вследствие действий трезвых, так и пьяных, причем опьянение пострадавших может не иметь никакой причинной связи с полученной травмой. По материалам М. М. Рожинского с соавт. (1972), травмированных в состоянии алкогольного опьянения в качестве потерпевших оказалось 3,4%.

Приведенные положения по существу вызывают необходимость абстрагироваться от субъективного состояния пострадавшего и его травмы и поставить акцент на самих процессах, порождающих травматизм, связанный с алкогольным опьянением. Здесь имеется в виду, что механизм получения травмы, связанной с алкогольным опьянением, разворачивается во времени и характеризуется этапностью, т. е. включает в себя начало, середину и завершение. В этом заключается важный методический принцип, а именно специальным аспектом, подлежащим изучению, выступает структура событий от момента создания травматической ситуации до момента травмы с обязательным учетом характера действий всех участвующих в этих событиях лиц.

Особо анализируются действия субъекта, находящегося в состоянии алкогольного опьянения. Учитывая то, на каком этапе проявляется активность лица в состоянии опьянения, приводящая к травме, возможно судить о том, относится ли травма к связанной с алкогольным опьянением или нет.

Таким образом, не претендуя на окончательное решение выше-названной проблемы, мы попытались детерминировать предмет и наметить границы, в которых необходимо изучать травматизм, связанный с алкогольным опьянением. По нашему мнению, такой подход позволит конкретизировать социально-гигиеническую сущность рассматриваемого феномена и определить реальное положение дел среди населения.

Нами предпринята попытка комплексного подхода и разработаны программа и методика исследования травматизма, связанного с алкогольным опьянением. В процессе изучения предполагается разработать социально-гигиеническую классификацию травматизма, связанного с алкогольным опьянением, установить уровень его распространенности в общей структуре травматизма среди отдельных социальных и возрастно-половых групп населения г. Москвы, определить медико-социальные последствия. Пла-

нируется также изучить социально-гигиеническую характеристику лиц в состоянии опьянения, приведших к травме. Все это позволит разработать предложения и практические рекомендации по совершенствованию системы учета, анализа и профилактики травматизма, связанного с алкогольным опьянением.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛИЗАЦИИ УЧАЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКИХ УЧИЛИЩ

*Е. И. Кальченко, Р. Е. Лившиц, В. С. Лучкевич, В. П. Романюк, Ленинград*

В подростково-юношеском возрасте продолжают закладываться основные ценностные ориентации человека, в частности, психологические установки на соблюдение здорового образа жизни. Это учитывает и закон о реформе общеобразовательной и профессиональной школы, который нацеливает педагогическую и медицинскую общественность нашей страны на формирование физически крепкого и здорового молодого поколения. В современных условиях достижение этой цели невозможно без целеустремленной и эффективной противоалкогольной работы с молодежью. Это существенно еще и потому, что в цепи генеза злоупотребления алкоголем взрослым населением важную роль играет подростково-юношеский возраст (Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1983).

Настоящая работа представляет собой фрагмент социально-гигиенического исследования санитарно-гигиенических знаний и поведения учащихся профессионально-технических училищ (ПТУ) с учетом их пола, возраста и образования, а также их заинтересованности в медико-гигиенической информации. С помощью анкеты, разработанной Ленинградским областным домом санитарного просвещения, был проведен анонимный опрос около трех тысяч человек.

Изучение распространенности употребления спиртных напитков показало, что среди обследованной группы учащихся ПТУ алкоголь употребляют 53,9%, в том числе юноши в 63,0% случаев, девушки — 45,2%. Близки к нашим данные Афанасьева В. Д. с соавт.: всего употребляют алкоголь 50,4% учащихся ПТУ, в том числе девушки — 46,2%.

Из общего числа приобщившихся к спиртным напиткам 50,4% употребляют их по праздникам, 3,0% — 2—3 раза в неделю и 0,5% — ежедневно.

Определенный интерес представляет информация о видах алкогольных напитков, употребляемых учащимися ПТУ. В порядке

приоритетности они распределились следующим образом: 19,2% — водка; 18,5% — сухие вина; 14,2% — пиво; 13,6% — крепленые вина и 6,0% — самогон. Более крепкие напитки предпочитают юноши (водку — 26,5%, самогон — 10,1%), а более слабые — девушки (пиво — 22,1%, сухие вина — 13,5%).

Анализ психологических мотиваций употребления алкоголя показал, что 55,1% опрошенных (юношей — 45,1%, девушек — 66,7%) не имеют на этот счет определенных суждений; стремлением к «раскованности в общении» — объясняют 15,8% учащихся (19,7% юношей и 11,3% девушек). На «удовольствие», как причину приема алкогольных напитков, указали 14,5% (17,0% юношей и 11,7% девушек). Под влиянием товарищей употребляли алкоголь 6,4% юношей и 3,2% девушек. Наряду с этим, 78,2% учащихся ПТУ отрицательно относятся к злоупотреблению алкогольными напитками.

Большинство опрошенных считают себя осведомленными о вреде алкоголя для здоровья человека. На отрицательное влияние спиртных напитков на организм в целом указали 32,9% учащихся, как на причину развития психических заболеваний — 13,5% и на вредное влияние алкоголя на потомство — 19,2%. Только 1,9% юношей и девушек считают, что алкоголь безвреден для здоровья, и 13,8% — не имеют на этот счет определенного мнения. Желание получить дополнительные знания о воздействии алкоголя на организм человека высказали 37,0% опрошенных (30,7% юношей и 41,9% девушек).

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости активизации противоалкогольной работы среди учащихся профессионально-технических училищ. Трудно не согласиться с точкой зрения, что главным направлением в исключении приобретения молодежи к алкоголю является всестороннее продуманная организация свободного времени (Скворцова Е. С., 1980), воспитание у подрастающего поколения естественной потребности в повседневном общении с миром прекрасного и потреблении «духовной пищи», однако пропаганда должна стать неотъемлемым элементом общего комплекса антиалкогольного опьянения. В то же время эффективная противоалкогольная работа с детьми и подростками зависит не столько от обучающего и воспитующего воздействия на молодежь, сколько от того, насколько быстро будет сформировано у взрослой части населения, особенно у родителей, понимание недопустимости употребления алкогольных напитков в период биологического созревания, так как в настоящее время, как это не прискорбно, 67,5% подростков употребляют алкоголь с одобрения взрослых и при их непосредственном участии (Малинская И. Н., Коротаева Н. Б., Поронян М. Д., 1983).

Авторы надеются, что вышеприведенный фактический материал будет полезен не только специалистам по санитарному просвещению, но и врачам других специальностей для проведения массовой противоалкогольной работы среди учащихся и методической подготовки педагогических коллективов профессионально-технических училищ.

## К МЕТОДИКЕ ИЗУЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗАЦИИ УЧАЩИХСЯ ПТУ

Б. В. Копытин, Москва

Всестороннее гармоничное развитие подрастающего поколения рассматривалось основоположниками научного коммунизма как объективная необходимость, которая целиком и полностью вытекает из потребности строительства коммунистического общества. Успешное решение этой задачи неразрывно связано с профилактикой и постепенным искоренением таких социально опасных явлений, как пьянство и алкоголизм. Профилактика пьянства и алкоголизма в зрелом возрасте значительно затрудняется стойкостью алкогольных установок, трудностью изменения сформировавшегося, «привычного» образа жизни. Все это заставляет искать пути профилактики злоупотребления алкоголем в более ранних периодах жизни.

По литературным данным, почти половина злоупотребляющих алкоголем воспитывалась в семьях, где часто употреблялись спиртные напитки: 96,2% обследованных приобщились к алкоголю в возрасте до 15 лет, треть из них — до 10 лет, а к 19 годам 90% обследованных систематически употребляли алкоголь (Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт, 1983). По данным Б. С. Братусь, П. И. Сидорова (1984), Н. Я. Копыта, Е. С. Скворцовой (1984), более 60% школьников 8-х классов и около 90% 10-х классов познакомились с алкогольными напитками. Современные исследователи отмечают особо разрушительный характер влияния алкоголя на детский и подростковый организм. Первичное влечение к алкоголю формируется у подростков в сроки от нескольких месяцев до одного-полутора лет от начала употребления. Алкоголизм в этом возрасте формируется в 2,5—4 раза быстрее, чем в зрелом возрасте и имеет злокачественное течение (В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин, 1980). Анализируя современные тенденции алкоголизации подростков, необходимо отметить бурный рост употребления алкогольных напитков в развитых капиталистических странах, который охватывает в отдельных регионах более 95% несовершеннолетних. Отмечается массовое раннее начало упо-



ребления алкоголя (с 10-летнего возраста) и частое злоупотребление им (около 40% подростков).

В Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 12 апреля 1984 г. «О дальнейшем развитии системы профессионально-технического образования и повышении ее роли в подготовке квалифицированных рабочих кадров», профессионально-техническое образование определяется как основная форма планомерной подготовки квалифицированных рабочих кадров. Согласно этому постановлению, приток молодежи в ПТУ в ближайшее время увеличится в два раза. В этих условиях особую актуальность приобретает формирование здорового образа жизни и профилактика алкоголизации среди учащихся профтехучилищ.

Исследования среди учащейся молодежи, проводившиеся в последнее время, касались или вопросов алкоголизации учащихся общеобразовательных школ (П. И. Сидоров, 1979; Е. С. Скворцова, 1981), или заболеваемости определенными нозологическими формами и потребности в определенных видах медицинской помощи. На кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова разработана программа и методика исследования состояния здоровья учащихся ПТУ в зависимости от их образа жизни, и в частности от степени алкоголизации, как негативного проявления образа жизни.

Целью предпринимаемого нами исследования является разработка мероприятий по профилактике алкоголизации среди учащихся ПТУ на основании изучения факторов, способствующих потреблению алкогольных напитков. Разработанная нами программа исследования предусматривает решение следующих основных задач:

- разработку методики выявления подростков, злоупотребляющих алкоголем, с последующим изучением распространенности и структуры алкоголизации учащихся ПТУ;
- выявление социально-гигиенических условий, как способствующих, так и препятствующих алкоголизации учащихся;
- определение влияния алкоголизации на состояние здоровья и уровень заболеваемости и травматизма учащихся ПТУ;
- разработку методики антиалкогольного воспитания и мер по снижению алкоголизации учащихся ПТУ.

Программа исследования включает в себя 4 этапа с многоступенчатым, целенаправленным отбором объектов исследования изучаемой совокупности. В зависимости от поставленных задач на различных этапах работы будут применяться разные методы наблюдения и сбора информации. На первом этапе, используя полуанонимное анкетирование учащихся, стандартизованное интервью воспитателей, мастеров трудового обучения, комендантов общежитий и работников других заинтересованных организаций,

будут получены данные о распространенности и структуре алкоголизации учащихся, что позволит в дальнейшем отобрать злоупотребляющих алкоголем подростков и сформировать основную и контрольную группы. На последующем этапе, используя метод посемейного обследования по углубленной программе подростков основной и контрольной групп и сведения о состоянии их здоровья, полученные из медицинской документации, будет проведен сравнительный анализ состояния здоровья учащихся основной и контрольной групп и будут выявлены социально-гигиенические факторы, способствующие алкоголизации учащихся ПТУ. Анализ этих факторов даст возможность на последующих этапах разработать и апробировать методику антиалкогольного воспитания учащихся ПТУ и дать рекомендации по снижению алкоголизации.

Целенаправленное антиалкогольное воспитание, формирование и закрепление элементов здорового образа жизни позволит в дальнейшем не только снизить уровень алкоголизации подростков, но и существенно улучшить показатели здоровья учащейся молодежи.

## О ВОЗМОЖНОЙ РОЛИ ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСФЕРАЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ АЛКОГОЛИЗМА

Т. В. Чернобровкина, Москва

В исследованиях последних лет как отечественными, так и зарубежными авторами показано увеличение в сыворотке крови активности гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) при хронической алкогольной интоксикации у людей и в эксперименте у некоторых видов животных. При этом установлено, что ГГТ является наиболее рано и заметно реагирующим на алкоголизацию биохимическим показателем крови. Это послужило основанием для включения определения сывороточной активности ГГТ в объективные параклинические тесты, применяемые для диагностики алкоголизма и алкогольных заболеваний органов, выявления скрытой алкоголизации, контроля за ремиссией и эффективностью лечения у больных алкоголизмом (Т. В. Чернобровкина и соавт., 1978; 1985; Л. Ф. Панченко и соавт., 1980; И. Н. Пятницкая и соавт., 1983, 1984; Д. Аджаров и Е. Иванов, 1974; Rosalki et al., 1970; Lamy et al., 1975; Kryszewsky et al., 1975, 1977; Kristensson et al., 1977; Muto et al., 1978).

Однако природа гиперферментемии ГГТ при алкогольной интоксикации остается малоизвестной. Большинство исследователей склонно рассматривать повышение уровня ГГТ в сыворотке как признак алкогольного поражения печени, связанного, например,

Безусловно, в индивидуальном прогнозировании алкогольного заболевания необходимо учитывать, наряду с функциональным состоянием гистаминообезвреживающих систем организма, и конституциональную слабость или неполноценность других метаболических звеньев, в частности, алкоголь- и ацетальдегид-метаболизирующих систем, возможные дефицитарные состояния каких-либо видов обмена веществ и особенности типа реагирования нервной системы. Понятно также, что период начала злоупотребления алкоголем играет значительную роль в дальнейшем формировании алкоголизма и уязвимости отдельных органов и систем, принимая во внимание функциональную лабильность и изменчивость всех звеньев гомеостаза в зависимости от возраста, перенесенных и сопутствующих заболеваний и средовых факторов.

Таким образом, наши собственные наблюдения и анализ литературных данных позволяют говорить, во-первых, о роли адаптационных механизмов в гиперферментемиях при алкоголизме, наряду с известными механизмами индукции и цитолиза, и, во-вторых, — о включении гиперферментемий, в частности системы ГГТ, в общий адаптационный синдром при хронической (и острой) алкогольной интоксикации. Это может происходить на уровне метаболитов трофотропной системы — гистамина (серотонина). Предполагаемая новая функциональная роль ГГТ в организме, а именно в обмене биогенных аминов и неспецифической резистентности, позволяет развить новую концепцию патогенеза алкоголизма, дополняющую и обобщающую ранее изученные патогенетические звенья, и раскрывает новые пути прогнозирования течения и профилактики алкоголизма и поиска патогенетического лечения.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |    |
|--|----|
| Предисловие  | 3  |
| Раздел I. Методические подходы к изучению образа жизни и здоровья населения  | 5  |
| Исидцын Ю. П. Здоровье — общественное здоровье — образ жизни   | 5  |
| Петанов А. Д. Здоровый образ жизни   | 10 |
| Аланова Г. И. Изучение медицинской активности рабочих промышленных предприятий   | 15 |
| Алмыков А. А. Программа и методика комплексного социально-гигиенического исследования мужчин трудоспособного возраста, страдающих хроническими заболеваниями         | 18 |
| Карлсен Н. Г., Кантеева А. Н., Соловкина Г. И., Юрикова Т. А. Санитарная грамотность населения как элемент здорового образа жизни                                    | 23 |
| Крестяников В. Ф., Митрофанов А. Н. К методике изучения образа жизни и состояния здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного и младшего школьного возраста | 29 |
| Кестеренко Е. И. Особенности изучения образа жизни и здоровья женщин, страдающих хроническими заболеваниями  | 32 |
| Отдельнова К. А. Методика изучения деятельности медицинских работников в зависимости от качества медицинской помощи и образа жизни                                   | 36 |
| Черепкопская Л. Г. Пути формирования медицинской активности  | 41 |
| Полунина Н. В. О значении образа жизни детей в формировании хронической патологии  | 44 |
| Попова Л. Н. К методике социально-гигиенического исследования эндокринной патологии у детей  | 48 |
| Рогачев Г. И. О формировании здорового образа жизни у больных с хроническими заболеваниями желчных путей   | 51 |
| Юмина Г. Я., Кружковская И. А. Методические аспекты изучения состояния здоровья, условий и образа жизни сельского населения  | 54 |
| Авельева Е. Н. О методических подходах к изучению образа жизни в социально-гигиенических исследованиях здоровья школьников   | 59 |
| Петанова С. М. Методика комплексного социально-гигиенического исследования детей, родившихся с большой массой  | 63 |
| Раздел II. Конкретные исследования образа жизни, состояния здоровья и здравоохранения  | 68 |
| Моховин Л. В., Мещанинов Л. Б., Пономарева Г. А., Попов Ю. Е. Производственная активность трудовых коллективов и здоровье  | 68 |



|   |     |
|---|-----|
| Антипенко Э. С., Антонова В. И. К оценке населением факторов «риска» заболеваний  | 71  |
| Бакулин Б. А. Некоторые аспекты образа жизни санаторных больных гипертонической болезнью  | 74  |
| Грошева Т. Н. Некоторые особенности образа жизни и состояния здоровья сельского населения   | 76  |
| Иксанов М. Ш., Введенская И. И., Кобзева Л. Ф., Тамарин Ю. А. Заболеваемость мужчин, злоупотребляющих курением  | 82  |
| Константинов Г. И., Гушина И. П., Лебедева А. Ф., Бутова В. Г. Отношение студентов стоматологического факультета к гигиеническому уходу за полостью рта | 86  |
| Петкова Л., Маринова Л. Медико-демографические проблемы формирования молодой студенческой семьи   | 88  |
| Подлужная М. Я., Подлужный П. А., Шилова С. П. Образ жизни и заболеваемость инженерно-технических работников машиностроительного производства           | 90  |
| Смирнова Л. В. Некоторые социально-гигиенические характеристики больных гипертонической болезнью  | 95  |
| Соколов Д. К. Некоторые аспекты здоровья и образа жизни   | 97  |
| Усачев Н. С. Медицинская активность сельских жителей как элемент образа жизни   | 100 |
| Чирах С. Г., Горлов А. А., Журавлев С. М. Влияние факторов образа жизни на травматизм (по материалам социально-гигиенического обследования шахтеров)    | 103 |
| Щембелев Л. С. О роли врача-педиатра в формировании у детей здорового образа жизни  | 104 |
| Эсаулова В. В. Социально-гигиеническая характеристика женщин, проживающих в сельской местности  | 107 |
| Яковлев Ю. Г., Винникова Ю. Г., Шапошникова С. Н., Фитонов Р. Г. Некоторые аспекты образа жизни и заболеваемости рабочих комплексных бригад             | 108 |
| <b>Раздел III. Исследование проблемы алкоголизма в связи с образом жизни</b>  | 110 |
| Копыт Н. Я. Методические подходы к определению группы риска и выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем   | 110 |
| Запороженко В. Г. К методике построения системы показателей образа жизни (на примере употребления алкоголя)   | 115 |
| Басов А. В. К методике изучения распространенности злоупотребления алкоголем  | 122 |
| Вирганская И. М. Алкоголь как фактор повышенной смертности мужчин в трудоспособном возрасте   | 124 |
| Гапалыков А. В. Алкогольное опьянение как фактор риска травм и несчастных случаев   | 127 |
| Кальченко Е. И., Лившиц Р. Е., Лучкевич В. С., Романюк В. П. Некоторые аспекты алкоголизации учащихся профессионально-технических училищ                | 131 |
| Копытин Б. В. К методике изучения алкоголизации учащихся ПТУ  | 133 |
| Чернобровкина Т. В. О возможной роли гамма-глутамилтрансферазы в патогенезе алкоголизма   | 135 |

## РЕФЕРАТЫ

Лисицын Ю. П. **Здоровье — общественное здоровье — образ жизни.** — В кн.: Социально-гигиенические исследования образа жизни и состояния здоровья населения. — М.: 2 МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова, 1985, с. 5—10.

В статье дается определение понятий «здоровье» и «общественное здоровье». Здоровье — это возможность полноценно трудиться, отдыхать, то есть выполнять присущие человеку функции и свободно, радостно жить. Попытка рассмотреть понятие «общественное здоровье» как функцию образа жизни, одно из состояний социального организма — общества обязывает находить критерии его и показатели, отличные от показателей здоровья населения.

Степанов А. Д. **Здоровый образ жизни.** — В кн.: Социально-гигиенические исследования образа жизни и состояния здоровья населения. — М.: 2 МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова, 1985, с. 10—15.

В статье раскрываются, на основании изучения литературы, наиболее значимые характеристики здорового образа жизни — ведущего звена в улучшении здоровья населения.

Галанова Г. И. **Изучение медицинской активности рабочих промышленных предприятий.** В кн.: Социально-гигиенические исследования образа жизни и состояния здоровья населения. — М.: 2 МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова, 1985, с. 15—18.

В статье отмечена роль и значение сознательного отношения населения к своему здоровью. Человек, относящийся пренебрежительно к своему здоровью, наносит вред не только себе, но и обществу.

Таблиц 1.

Калмыков А. А. **Программа и методика комплексного социально-гигиенического исследования мужчин трудоспособного возраста, страдающих хроническими заболеваниями.** В кн.: Социально-гигиенические исследования образа жизни и состояния здоровья населения. — М.: 2 МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова, с. 18—23.

В статье представлена программа проведения специального исследования среди мужчин трудоспособного возраста, которое позволит выявить социально-гигиенические факторы, способствующие возникновению и неблагоприятному течению таких хронических заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет.

Карлсен Н. Г., Кантеева А. Н., Соловкина Г. И., Юрикова Т. А. **Санитарная грамотность населения как элемент здорового образа жизни.** — В кн.: Социально-гигиенические исследования образа жизни и состояния здоровья населения. — М.: 2 МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова, 1985, 23—29.